Haupt.

Lane Medical Library

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten
der Königlichen Charité.

Über Nephritis syphilitica acuta im Frühstadium der Syphilis.

Inaugural-Dissertation,
welche
zur Erlangung der Doktorwürde in der Medizin und Chirurgie
mit Zustimmung der Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin
am 19. April 1904.
nebst den angefügten Thesen
öffentlich verteidigen wird der Verfasser

Walther Haupt
aus Schlegelsburg,
Unterarzt im 6. Pommerschen Infanterie-Regiment No. 49.

Opponenten:
Herr Assistenzarzt Dr. Taute.
„ Unterarzt Rapmund.
„ „ Wiedel.

Druck von Anton Wernicke & Co.
Berlin N.W., Luisen-Strasse 11.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medicinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med. Rat Prof. Dr. v. Leyden.

Meinem lieben Onkel

Hermann Haupt

in Dankbarkeit gewidmet.

Die Syphilis ist eine chronische Infectionskrankheit, deren Erreger wir trotz aller Bemühungen ausgezeichneter Forscher auch heute noch nicht kennen, von der wir aber wissen, dass sie nicht nur an der Haut und den Schleimhäuten, sondern an allen Organen des menschlichen Körpers krankhafte Erscheinungen hervorzubringen vermag. Durch eine Reihe klinischer und anatomischer Arbeiten ist namentlich im verflossenen Jahrhundert gezeigt worden, dass schon in der sogenannten sekundären Periode auch innere Organe betroffen werden können.

Wenn es auch schon längere Zeit bekannt war, dass im Verlauf der Frühperiode der Syphilis Nierenaffectionen vorkommen, so sprachen sich doch eine Anzahl hervorragender Autoren in bezug auf den ätiologischen Zusammenhang zwischen acuter Nephritis und frischer Syphilis mit grosser Skepsis aus. So hat sich auch Senator, einer der gründlichsten Kenner der Nierenkrankheiten, in seiner Beschreibung über die Erkrankungen der Nieren in Nothnagels spezieller Pathologie und Therapie, dahin ausgesprochen, dass die Frage, ob und in welchem Grade Syphilis im Frühstadium eine acute Nephritis verursache, mit Sicherheit schwer zu entscheiden sei, da in den meisten unter dieser Diagnose beschriebenen Fällen ein schon

vor der syphilitischen Infection bestehendes Nierenleiden oder neben der Syphilis wirkende Schädigungen wie Alkohol, Erkältung u. s. w. oder endlich der Einfluss der merkuriellen Behandlung nicht sicher ausgeschlossen werden könnten. Jedenfalls sei die lediglich durch Syphilis entstandene acute Nephritis sehr selten und seine eigenen Erfahrungen über acute Nephritis bei Syphilis sprächen nicht zu Gunsten einer merkuriellen Behandlung.

Diese Ansicht Senators wurde von den inneren Klinikern wohl allgemein geteilt, während die Syphilidologen bestimmt annahmen, dass es eine acute Nephritis auf syphilitischer Basis bereits im Frühstadium der Syphilis gäbe und dass diese Nephritis analog sei den Nierenentzündungen, wie sie bei Scharlach, Masern und anderen Infectionskrankheiten vorkommen. In den Lehrbüchern über Syphilis ist dies auch ausgesprochen, so in denen von Lesser und Neumann; namentlich der letztere widmet dieser Frage eine eingehende Besprechung.

Nun erschien im Jahre 1900 eine Monographie von Karvonen über die Nierensyphilis, in der er die sämtlichen bis dahin bekannten Fälle von acuter Nephritis im Frühstadium der Syphilis einer strengen Kritik unterwirft. Von den 92 damals veröffentlichten Fällen hat er 72 als unvollständig oder unwahrscheinlich ausgeschlossen, entweder weil bei ihnen die Diagnose Syphilis nicht sicher oder der ätiologische Zusammenhang zwischen der Syphilis und der Nephritis nicht glaubhaft war, so dass nur 20 Fälle von Nephritis syphilitica acuta übrig bleiben.

Die Kriterien, die Karvonen an die von ihm zusammengestellten Fälle anlegt, sind sehr strenge und decken sich mit den von Welander aufgestellten

Forderungen, die Justus folgendermassen präcisiert: Zur Feststellung der Tatsache, dass eine acute Nephritis syphilitischen Ursprungs sei, bedarf es des Nachweises, dass 1.) die Nieren vor dem Beginn der syphilitischen Erkrankung gesund waren, 2.) die Äusserungen der Nierenaffection parallel mit den übrigen Erscheinungen der Syphilis laufen und 3.) die Albuminurie durch Quecksilberbehandlung gebessert oder geheilt wird.

Diese strengen Forderungen bezüglich des Zusammenhanges von acuter Nephritis und Syphilis waren notwendig, so lange hervorragende Kenner der Nierenkrankheiten das Vorkommen dieser Affection überhaupt bezweifelten. Nachdem durch einwandsfreie Beobachtungen der Beweis geliefert worden ist, dass es lediglich durch Syphilis verursachte acute Nephritiden gibt, brauchen wir diesen Fällen nicht mehr mit so grosser Skepsis gegenüberstehen, wie Waldvogel mit Recht hervorhebt, sondern wir können schon die Wahrscheinlichkeitsdiagnose stellen, wenn bei frischer Syphilis eine acute Nierenentzündung auftritt, ohne dass eine andere Ursache, namentlich eine andere Infectionskrankheit, Erkältung oder Alkoholismus nachzuweisen ist.

Auch die Ansicht der inneren Kliniker über die ätiologische Bedeutung der Syphilis für acute Nierenentzündungen hat sich seit dem Erscheinen der Karvonen'schen Arbeit geändert. In der II. Auflage seiner oben erwähnten Darstellung der Nierenerkrankungen äussert sich Senator folgendermassen: „Immerhin bleibt eine, wenn auch kleine Zahl von Fällen übrig, die für diesen Zusammenhang sprechen, weil 1.) vor dem Ausbruch der Syphilis kein Nierenleiden bestanden hat, 2.) die Symptome des Nierenleidens parallel mit anderen unzweifelhaft syphilitischen Symptomen ver-

laufen und ganz besonders 3.) durch Quecksilberbehandlung gebessert oder ganz geheilt worden sind.“ Seit dem Erscheinen dieser Auflage hat er, wie er mir mitzuteilen die Güte hatte, selbst drei einwandsfreie Fälle von Nephritis syphilitica acuta gesehen.

Wenn sich ein so ausgezeichneter Kenner der Nierenerkrankungen wie Senator so klar für den ätiologischen Zusammenhang der Syphilis mit einer acuten Nephritis ausspricht, ist es eigentlich zu verwundern, das Schlechtendahl noch immer auf dem Standpunkte Welander's steht, der eine syphilitische acute Nierenentzündung als sehr zweifelhaft ansieht, und dass er die Karvonen'sche Kasuistik und die Fälle von Hoffmann und Waldvogel gar nicht berücksichtigt.

Trotzdem durch die erwähnten Arbeiten die Aufmerksamkeit auf die Syphilis als die Ursache einer acuten Nierenentzündung gelenkt ist, sind doch auch neuerdings verhältnismässig nur wenige Fälle dieser Art veröffentlicht worden, ein Zeichen dafür, dass diese Erkrankung, wie Senator mit Recht hervorhebt, als selten bezeichnet werden muss. Dieser Ansicht schliessen sich sämtliche Autoren an, so Zamfirescu, der mehrere Fälle beschreibt und besonders den Wert der Diagnose für die einzuschlagende Therapie hervorhebt, die in einer „vorsichtigen“ (Senator, Hoffmann, Waldvogel) spezifischen Kur besteht.

Von den seit Karvonen's Arbeit bekannt gewordenen Fällen bieten namentlich drei Fälle so manches Interessante, dass ich sie hier nicht unerwähnt lassen möchte.

Bald nach Erscheinen von Karvonen's Monographie veröffentlichte Hoffmann in der Berliner klinischen Wochenschrift einen Fall, der sich durch seinen enorm hohen Albumengehalt auszeichnete.

Es handelte sich um einen 23 j. Kaufmann, der vor 18 Jahren Scharlach ohne Komplicationen überstanden hatte und seitdem stets gesund gewesen war. Am 13. Juli 1901 hatte er sich seiner Meinung nach inficirt, doch schien diese Angabe nicht richtig, da bereits am 22. Juli der Primäraffect auftratt. Mitte August bemerkte er, dass sein bis dahin klarer und reichlicher Urin dunkler und spärlicher wurde. Er fühlte sich sehr matt und elend und liess sich am 4. September in die Charité aufnehmen.

Die Untersuchung ergab ein frisches dicht stehendes papulöses Exanthem, Impetigo syphilitica capitis, eine fast knorpelharte geschwürige Infiltration des äusseren Vorhautblattes und nässende Papeln an Penis und Scrotum, die Drüsen waren geschwollen, hart und indolent, die Mundschleimhaut und die Tonsillen zeigten Plaques. Die inneren Organe waren unverändert. Der Urin war dunkelbraun, ziemlich klar, reagirte sauer und erstarrte beim Erhitzen vollständig. Am 5. 9. war die Urinmenge 200 ccm mit spez. Gewicht 1057. Im spärlichen Sediment fanden sich mässig zahlreiche hyaline Zylinder, spärliche Leucocyten, sehr wenige Erythrocyten und ganz vereinzelte Nierenepithelien. Der Albumengehalt betrug 7%. Es wurde mit einer Inunctionskur von täglich 2,5 gr Unquentum Hydrargyri cinereum begonnen. Am 6. 9. wurden 8,5%, am 7. 9. 7% Albumen nachgewiesen. Am 8. 9. begannen die Allgemeinerscheinungen zu schwinden, der Eiweissgehalt betrug bei einer Urinmenge von 350 ccm spez. Gewicht 1039 nur noch 3%; am 9. 9. ½, am 10. 9. ⅓%. Am 11. 9. waren nur noch 2‰ Albumen nachzuweisen, während die Urinmenge auf 800 ccm (spez. Gewicht 1007) stieg. Im Sediment fanden sich keine Nierenbestandteile mehr. In den nächsten Tagen

ging der Eiweissgehalt immer mehr zurück und betrug am 16. 9. $^1/_4$‰. Jetzt wurden täglich 5 gr graue Salbe verrieben. Vom 20. 9. an betrug die Urinmenge 1500-2000 ccm bei einem spez. Gewicht von 1012-17, und Albumen liess sich nicht mehr nachweisen. Auch die übrigen syphilitischen Erscheinungen waren sämtlich geschwunden, und am 8. 10. verliess Patient geheilt das Krankenhaus. Am 17. 12. trat bei ihm ein Recidiv der Syphilis auf, das sich durch eine Roseola und ein circinäres papulöses Syphilid dokumentirte. Gleichzeitig damit fand sich auch wieder ein Eiweissgehalt von 0,5‰. Das Sediment enthielt spärliche Leucocyten, Nierenepithelien und hyaline Cylinder. Bei Darreichung von Jodkali trat keine Veränderung des Urins ein, auf 1 Spritze Salicylquecksilber verschwand das Eiweiss wiederum. Da Patient zu weiterer Behandlung nicht zu bewegen war, musste diese unterbleiben und am 26. 1. 02 fand sich abermals bei noch bestehender Roseola syphilitica ein Albumengehalt von 0,5 ‰.

Dieser Fall ist geeignet, in mancherlei Beziehung unser Interesse zu erwecken, so vor allem wegen des enorm hohen Albumengehaltes von 7 und 8,5 %. In dieser Hinsicht wird er nur durch einen von Descoust veröffentlichten Fall übertroffen, welcher einen Eiweissgehalt von 13,7 % aufweist. Auch in diesem Falle schwand das Eiweiss schnell unter spezifischer Behandlung. Characteristisch ist der geringe Gehalt an Nieren- und Blutbestandteilen, woraus Hoffmann den Schluss ziehen zu dürfen glaubt, dass es sich vielleicht um eine Alteration der Gefässe der Nieren, vornehmlich der Glomerulusschlingen gehandelt hat, wodurch sie für die Eiweissstoffe, nicht aber für die zelligen Bestandteile des Blutes durchgängig wurden. Ferner ist von grossem Interesse,

dass mit einem Recidiv der Syphilis wiederum Eiweiss auftrat, um auf Quecksilber sofort wieder zu verschwinden, dann aber, da Patient weitere Behandlung ablehnte, parallel mit den syphilitischen Hauterscheinungen auch nach 6 Wochen noch bestand.

Was die Symptome der acuten Nephritis syphilitica anbelangt, so ist Hoffmann mit Karvonen der Ansicht, dass, wie auch in dem von ihm veröffentlichten Falle diese in der Mehrzahl der Fälle nicht unter plötzlichen alarmierenden Erscheinungen auftritt, sondern meist in einschleichender Weise sich entwickelt, so dass die Nierenentzündung erst im Krankenhaus festgestellt wird.

Gegenteiliger Meinung ist Waldvogel, der mit französischen Forschern ein ganz plötzliches stürmisches Auftreten annehmen zu dürfen glaubt. Der von ihm veröffentlichte Fall ist ebenfalls ein echter Fall von Nephritis syphilitica acuta.

Der 31 jährige Kranke ist hereditär nicht belastet. In der Jugend hatte er Masern, vor 14 Jahren Lungenentzündung gehabt. Alkoholismus liegt nicht vor, auch soll Erkältung nicht vorangegangen sein. Drei Wochen vor der Aufnahme entstanden um After und am Oberschenkel breite Condylome. Zur selben Zeit begannen die Beine und der Hodensack zu schwellen, und der früher reichlich gelassene klare Urin wurde spärlich und trübe. Am 8. März 1902 suchte Patient die Klinik auf. Bei ihm wurden die oben genannten Condylome, eine Angina syphilitica und multiple Drüsenschwellungen festgestellt. Es bestand starkes Ödem der Beine und des Scrotum, Ascites und rechtsseitiger Pleuraerguss. Die Herzdämpfung war verbreitert, der erste Ton über allen Ostien unrein und es fand sich eine Schwellung der Leber und Milz.

Der Urin enthielt 9 ‰ Albumen, hyaline und granulierte Cylinder.

9. 3.: Bettruhe, Diät. Jnunctionskur von 5,0 gr. Ungt. cin. pro die.

13. 3.: Urinmenge 1500, Albumen 13,5 gr., Ödeme nicht zugenommen.

14. 3.: Urinmenge 2500, Albumen 7,5 gr.

17. 3.: Urinmenge 6000, Albumen 3 gr., syphilitische Erscheinungen gehen zurück.

18. 3.: Urinmenge 8000, 3,9 gr. Albumen. Ödeme haben stark abgenommen.

19. 3.: Bis jetzt 10 Einreibungen, Ödeme geschwunden, Urinmenge 5800, 1,45 gr. Eiweiss, im Sediment noch Cylinder.

24. 3.: Urinmenge dauernd hoch. Trotz Umherhergehens keine Ödeme. Eiweissausscheidung quantitativ mit Esbach nicht nachzuweisen. Cylinder haben abgenommen.

Vom 3. 4. bis 6. 4. musste die Kur wegen einer Stomatitis mercurialis ausgesetzt werden. Die Urinmenge blieb hoch, Eiweiss und Cylinder verschwanden. Herzverbreiterung nach links hat abgenommen, rechts besteht sie noch.

Am 27. 4. wurde Patient, nachdem sämtliche Erscheinungen von Syphilis und Nephritis geschwunden waren, entlassen. Er hatte im ganzen 200 gr. Ungt. cin. verrieben.

Auch hier ist die schnelle Abnahme des Eiweissgehaltes unter dem Einflusse spezifischer Behandlung auffallend. Patient hat ferner die grosse Menge von 200,0 Unguent. cin., die vorübergehend zu einer mercuriellen Stomatitis führte, ohne jede Schädigung seiner Nieren vertragen.

Von Interesse ist der Rückgang der Herzverbreiterung nach links. Wodurch dieselbe veranlasst war, ist wohl nicht ganz klar. Anzunehmen ist wohl, dass eine Hypertrophie des linken Herzens und Verlagerung durch das Pleuraexsudat vorlag, doch kann auch ein Erguss im Herzbeutel die Ursache gewesen sein. Die Verbreiterung nach rechts ist wohl ein Residuum der Lungenentzündung gewesen in Gestalt einer Dilatation und Hypertrophie des rechten Ventrikels, die mit der Nephritis nichts zu tun hat.

Einen dritten wichtigen Fall beschreibt endlich Mühlig, den er im Krankenhause zu Konstantinopel beobachtete.

Es handelte sich hier um einen jungen Mann, der am 5. 9. 1902 wegen Nierenentzündung mit hochgradigem Ödem in das Krankenhaus aufgenommen wurde. Die Behandlung war zunächst die bei Nierenentzündung übliche, indem Diuretica, blande Diät und Schwitzbäder angewandt wurden, ohne jedoch eine Besserung herbeizuführen. Eine Änderung trat erst ein, als am 27. 9. eine Roseola syphilitica und spezifische Munderscheinungen auftraten und festgestellt wurde, dass der Patient 14 Tage vor dem Ausbruch seiner Nierenentzündung einen Primärafect am Gliede gehabt hatte, und nun mit einer Sublimatinjectionskur begonnen wurde, während die bisherige Therapie fortgelassen und auch die strenge Diät nicht mehr inne gehalten wurde. Jetzt verminderte sich der Albumengehalt auffallend schnell, die Ödeme schwanden, und nach Beendigung der Kur konnte der Patient ohne jede Spur von Eiweiss und ohne Nieren- oder Blutelemente im Urinsediment als geheilt entlassen werden.

In diesem Falle ist also die wochenlange Anwendung der üblichen Nephritistherapie ohne jeglichen

Heilerfolg gewesen, durch die merkurielle Behandlung allein wurde völlige Heilung erzielt, und zwar wurde nicht die mildere Form der Inunctionskur, sondern die schneller wirkende Injection löslicher Quecksilbersalze, in diesem Falle Sublimat gewählt. Wenn auch dieser Erfolg ein sehr guter gewesen ist, so ist doch im allgemeinen die Inunctionskur als weniger angreifend vorzuziehen. Innere Kliniker und Syphilidologen sind sich nämlich darüber einig, dass in solchen Fällen eine spezifische Kur vorsichtig begonnen werden muss, um nicht die Gefahr einer sekundären Nierenschädigung durch das Quecksilber herauszufordern; erst wenn die Zeichen der Besserung ganz deutlich sind und die Kur gut vertragen wird, kann die volle Menge Quecksilber gegeben werden. Nach dem Vorgange der Lesser'schen Klinik empfiehlt es sich, wie auch Waldvogel anerkennt, mit einer täglichen Dosis von 2,5 gr. Ungt. cin. die Kur zu beginnen und erst dann auf 4 bis 5,0 gr. zu steigen, wenn Eiweiss und Nierenbestandteile im Urin fast ganz verschwunden sind.

Hat also in all diesen Fällen das Hydrargyrum allein heilend auf die Nephritis eingewirkt, da es sich eben um eine Nephritis syphilitica acuta gehandelt hat, so möchte ich doch noch ganz kurz einen Fall anführen, der mir von Herrn Dr. Hoffmann gütigst überlassen wurde. In diesem Falle handelte es sich um ein schon bestehendes chronisches Nierenleiden, bei dem, wie Karvonen es bezeichnet hat, die Syphilis eine adjuvirende Stellung eingenommen hat. Ich lasse die Krankengeschichte kurz folgen.

Ein 38 jähriger Mann erkrankte im März 1902 infolge schwerer Erkältung an acuter Nephritis, die im Krankenhause behandelt wurde. Mit $^1/_8$ ‰ Albumen wurde er entlassen. Im September 1902 infizierte er

sich mit Syphilis und bekam Anfang Oktober seinen Primäraffect, dem nach einigen Wochen Sekundärerscheinungen folgten. Vom Dezember 1902 bis 12. Januar 1903 wurde er deswegen in der Charité behandelt. Bei seiner Aufnahme zeigte er floride luetische Symptome, sein Urin enthielt neben Nierenbestandteilen 4 ‰ Eiweis. Nach einer Kur von 4 Einreibungen und 26 Sublimatspritzen waren die syphilitischen Erscheinungen völlig und der Eiweissgehalt bis auf geringe Spuren verschwunden.

Anfang April machte Patient auf eigene Hand 30 Einreibungen und nahm Jodkali, weil er Plaques im Munde bemerkt hatte, da bald darauf sich wieder eine Angina specifica einstellte, machte er bei einem Arzt einige Einreibungen.

Am 18. Juli kam er in Behandlung von Herrn Dr. Hoffmann mit einem Albumengehalt von 1 ‰. Im Sediment fanden sich spärlich hyaline Cylinder: Erscheinungen von Syphilis bestanden nicht. Am 18. 8. trat eine Angina auf und es wurde eine Spritzkur mit salicylsaurem Quecksilber begonnen. Nach 9 Spritzen war die Kur am 25. 9. beendet. Die Erscheinungen waren geschwunden, der Eiweissgehalt wiederum bis auf Spuren zurückgegangen.

Am 4. 1. 1904 waren wieder Erscheinungen, Papeln in der Kniekehle und hufeisenförmiges papulöses Syphilid auf der Fussohle, aufgetreten. Der Eiweissgehalt betrug 2‰; im Sediment fanden sich hyaline Cylinder. Es wurde eine Inunctionskur von 4,0 gr. pro die eingeleitet. Am 18. 1. waren die Erscheinungen nach 12 Einreibungen verschwunden, der Eiweissgehalt auf ½‰ herabgegangen, und Anfang Februar bei Beendigung der Kur sind wieder nur noch Spuren von Eiweiss nachweisbar.

Es zeigte sich also bei dem Patienten, der an einer geringfügigen chronischen Albuminurie leidet, zugleich mit dem Auftreten von syphilitischen Symtomen jedesmal auch eine stärkere Albuminurie, die stets wieder zurückging, wenn unter dem Einflusse merkurieller Behandlung die Erscheinungen der Syphilis verschwanden. Es gibt somit also Fälle, wo bei einer chronischen geringfügigen Eiweissausscheidung aus anderer Ursache die Syphilis bei ihrem ersten Ausbruche wie auch bei späteren Recidiven regelmässig eine Verschlimmerung der chronischen Nephritis veranlasst. Bei einer merkuriellen Behandlung bessert sich in diesen Fällen in gleichem Schritt mit den Symtomen der Syphilis auch der Zustand der Nieren, so dass nur noch die schon vor der Infection vorhandene chronische Albuminurie übrig bleibt. Auch in solchen Fällen, in denen also die Syphilis eine adjuvirende Stellung einnimmt, ist die Quecksilbertherapie von grosser Bedeutung für das Schicksal des Kranken, weil die Annahme berechtigt ist, dass ohne sie eine progrediente Schädigung der schon vorher kranken Nieren bewirkt werden könne.

Diesen Ausführungen möchte ich nun noch drei Fälle von Nephritis syphilitica acuta aufügen, die auf der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Königlichen Charité beobachtet wurden. Der von Hoffmann berichtete, oben kurz mitgeteilte Fall, der gleichfalls auf der Klinik gelegen hatte, sowie Fall 2 und 3 der unten folgenden Fälle sind die drei von Senator gesehenen Fälle von Nephritis syphilitica acuta.

Fall I.

Anamnese: Kutscher H. W. 27 J. alt. Patient hatte mit 18 Jahren Lungenentzündung, vor 3 Jahren

Lungenspitzenkatarrh und im vorigen Jahre weichen Schanker. Vor ca. 5 Wochen bemerkte Patient post coitum an der linken Seite der glans penis eine wunde Stelle, die er häufig reinigte und die auch bald abheilte. Vor vierzehn Tagen entstanden, ebenfalls post coitum, drei Geschwüre im Sulcus, die etwas eiterten. Ein Arzt gab ihm Streupulver, das keinen Erfolg hatte. Seit 8 Tagen begannen die Leistendrüsen beiderseits zu schwellen, links schmerzhaft, rechts unempfindlich. Da kalte Umschläge ohne Erfolg blieben, riet ihm der Arzt Krankenhausaufnahme an.

Am 5. März 1903 wird er in die Charité aufgenommen.

Status praesens: Patient ist ein mittelgrosser, kräftig gebauter Mann von grosser Muskulatur. Brustorgane sind gesund. Auf dem Hinterkopfe findet sich eine ca. $1^1/_2$ cm lange Narbe von einer Verletzung herrührend. Die Tonsillen und der weiche Gaumen sind gerötet, aber ohne jeden Belag.

Ein Exanthem ist nirgends nachweisbar.

Am Mous Veneris finden sich Maculae caeruleae und in den Pubes Phthirii.

Das dorsale Lymphgefäss des Penis ist hart, geschwollen.

Die Inguinaldrüsen sind rechts bohnen- bis kleinhaselnussgross, hart und indolent, links ist ein grosses Drüsenpacket fühlbar, welches auf Druck etwas schmerzhaft ist; doch ist dies wohl darauf zurückzuführen, dass Patient trotz seiner geschwollenen Drüsen ein Bruchband getragen hat.

Von anderen Drüsen sind die Kubitaldrüsen rechts und die Halsdrüsen eben zu fühlen.

Am Penis finden sich im Sulcus coronarius drei kleine, wenig secernirende, harte Geschwüre, die die zurückgezogene Vorhaut in einen starken Ring verwandeln,

Urin: Reaction sauer, klar gelb. Menge 1400 spez. Gew. 1014.

Albumen: stark +: $1^3/_4{}^0/_{00}$.

Saccharum: 0.

Sanguis: 0.

Im Sediment finden sich hyaline und granulirte Cylinder und Nierenepithelien, ferner vereinzelte Erythrocyten.

Patient erhält 0,02 gr. Sublimat intramuskulär.

6. III. Patient klagt über heftige Kopfschmerzen, besonders der linken Kopfhälfte. Jodkali.

7. III. Zweite Injektion von 0,02 gr. Sublimat. Starker Jodschnupfen.

8. III. Urinbefund unverändert.

Patient beginnt eine Inunctionskur zu 2,5 gr. Ungt. cin. pro die.

10. III. Albumen $^1/_2{}^0/_{00}$. Cylinder äusserst spärlich, geringes Sediment. Primäraffect beginnt sich zu verkleinern.

11. III. Albumen quantitativ nicht mehr nachzuweisen.

Die Kochprobe zeigt nur noch geringe Spuren. Urinmenge: 2800 spez. Gewicht 1011. Im Sediment keine Cylinder. Einreibungen von 4,0 gr.

12. III. Albumen völlig geschwunden.

15. III. Urin bleibt weiter eiweissfrei.

17. III. Der Primäraffect bedeutend kleiner. Eiweiss ist nicht im Urin vorhanden.

22. III. Heute Spuren von Albumen, keine Cylinder.

23. III. Spuren von Albumen, keine Cylinder.

24. III. Primäraffect noch etwa erbsengross. Leichte Stomatitis. Albumen in Spuren vorhanden. Keine Ödeme.

27. III. Albumen schwach +. Im Sediment ganz vereinzelt Cylinder.

31. III. Albuminurie besteht nicht mehr. Primäraffect ist zurückgegangen und hat sich überhäutet. Ausser Drüsenschwellungen bestehen keine Zeichen von Lues mehr.

8. IV. Ab und an haben sich noch Spuren von Albumen gefunden, doch waren sie sehr gering. Erscheinungen von Lues sind nicht mehr sichtbar, die Drüsenschwellungen sind geringer geworden. Der Primäraffect ist überhäutet und nur noch als linsengrosse Härte zu fühlen.
Patient wird als geheilt entlassen.

Im allgemeinen bietet dieser Fall wenig Besonderes. Unter Quecksilberbehandlung ist der Eiweissgehalt des Urins schnell gesunken. Das spätere Auftreten geringer Spuren von Eiweiss ist wohl auch der syphilitischen Erkrankung noch zuzuschreiben und nicht dem Einflusse des Quecksilbers, da hyaline Cylinder, wie sie nach Welander in Fällen von Hg-Albuminurie reichlich gefunden werden, stets fehlten und der minimale Eiweissgehalt bei Fortsetzung der Kur wieder zurückging. Obwohl ein Exanthem bei dem Patienten nicht konstatirt werden konnte, lag doch unzweifelhaft Syphilis vor, was ja auch durch den schnellen Erfolg der merkuriellen Behandlung bewiesen wird.

Fall II.

Anamnese: Arbeiter K. M., 34 J. alt. Patient will auser einem Bronchialkatarrh zur Militärzeit nie krank gewesen sein. Erkältet will er sich jetzt nicht

haben. Vor 3 Monaten (Juni 1903) hat Patient Gonorrhoe gehabt. Anfang Juli ging er zum Arzt, da er ein Geschwür am inneren Vorhautblatte bemerkte. Dieser gab ihm ein weisses Streupulver, doch trat eine Heilung nicht ein. Zu derselben Zeit entstand eine Schwellung der Leistendrüsen, die nicht schmerzhaft war. Bald darauf zeigte sich ein Ausschlag auf dem Körper und eine Schwellung der Füsse. Patient ging wieder zum Arzt, der eine Inunctionskur anordnete, von der Patient 3 Einreibungen gemacht hat.

Dann suchte er das Krankenhaus auf und wurde am 1. 9. 03 in die Charité aufgenommen.

Status praesens: Patient ist ein Mann von mittlerer Körpergrösse, starkem Knochenbau, gut entwickelter Muskulatur, mässig reichem Fettpolster. Er sieht leidend aus, hat ein etwas gedunsenes Gesicht und ödematöse untere Augenlider. Die Hautfarbe ist blass.

Über den ganzen Körper verbreitet findet sich ein makulopapulöser Ausschlag, der auf der Haut des Rumpfes besonders stark hervortritt.

Am inneren Vorhautblatt eine kleinkirschgrosse Härte von lividroter Farbe.

An den unteren Extremitäten, besonders an den Unterschenkeln besteht ein geringes Ödem.

Die Leistendrüsen sind rechts gut haselnuss, links bohnengross, die Paramammillardrüsen beiderseits gut linsengross, die Kubitaldrüsen rechts erbsen- links bohnengross und endlich die Nackendrüsen beiderseits erbsengross.

Die Atmung ist etwas angestrengt, die linke Seite bleibt dabei hinter der rechten zurück. Patient hat Husten und schleimigen Auswurf. Die Atmungsfrequenz beträgt 18.

Die Perkussion ergibt überall vollen Lungenschall, über beiden Unterlappen dagegen Schallabschwächung und links handbreite Dämpfung.

Der Stimmfremitus ist beiderseits unten abgeschwächt und zwar links mehr als rechts.

Die Auskultation ergibt überall abgeschwächtes Atmen besonders über den Unterlappen. Beiderseits in Höhe der Schulterblätter hört man vereinzelte klein- und mittelgrossblasige Rasselgeräusche. Patient liegt lieber auf der linken als auf der rechten Seite, vor seiner Erkrankung lieber rechts.

Am Herzen hört man den 2. Aorten- und den 2. Pulmonalton klappend; die Herzdämpfung ist nicht verbreitert.

Der Leib ist mässig aufgetrieben, der Nabel fast verstrichen. An den abhängigen Stellen ist der Perkussionsschall gedämpft, oben tympanitisch. Bei Lagewechsel ist der Schall auf der Höhe stets tympanitisch. Es ist deutlich Fluctuation zu fühlen.

Der Leibesumfang beträgt 89 cm.

Urin: sehr geringe Menge.

Spezifisches Gewicht: 1037.

Reaktion sauer.

Albumen: 8 ‰.

Sediment: zahlreiche granulirte Cylinder, weisse Blutkörperchen, verfette Nierenepithelien.

Augenuntersuchung: o. B.

Blut: Erythrocyten: 4 600 000.

Leucocyten: 8 700.

Eosinophile Zellen: 1 %.

Spezifisches Gewicht: 1057.

Hämoglobingehalt: 80 %.

Patient bekommt Milchdiät, Species diuretica und

macht ferner eine Inunktionskur von 2, 5 gr. Ungt. cin. pro die.

3. 9.: Urinmenge 350 ccm. spezifisches Gew. 1037. Esbach: 8 %, Albumen 2,8 gr.

4. 9.: Urinmenge 180 ccm, spezifisches Gew. 1038. Esbach: 9 % = 1.62 gr. Die Kur wird heute ausgesetzt.

5. 9.: Der Leibesumfang beträgt 94 cm. Die Ödeme an den Beinen haben zugenommen. Die Dämpfung am Thorax reicht bis zum unteren Scapulawinkel.

Es bestehen heftige Kopfschmerzen.

Urinmenge: 280 cm, spezifisches Gewicht 1040, Esbach: 11 % = 3,8 gr.

Patient erhält 3 gr. Diuretin.

6. 9.: 5 gr. Diuretin.

Urinmenge: 225 ccm, spezifisches Gewicht 1037. Esbach: 8 % = 1,8 gr.

7. 9.: Leibesumfang 96 cm.

Urinmenge: 640 ccm, specifisches Gewicht 1032. Esbach: 8 % = 5,1 gr.

8. 9.: Patient klagt über starke Kopfschmerzen. Das Scrotum ist geschwollen und lässt Fluctuation fühlen.

Urinmenge: 680 ccm, spezifisches Gewicht 1020, Esbach: 3 % = 1,86 gr.

9. 9.: Urinmenge: 2000 ccm, spezifisches Gew. 1010, Esbach: ½ % = 1,0 gr.

Leibesumfang 97 cm.

10. 9.: Patient hat heute die Schmierkur wieder aufgenommen.

Urinmenge: 2500 ccm, spezifisches Gewicht 1008, Esbach: ¼ % = 0,63 gr.

11. 9.: Patient klagt über starke Kopfschmerzen und über Schwellungsgefühl im Halse.

Leibesumfang beträgt 92 cm.

Die Dämpfung über dem linken Unterlappen geht zurück.

Urinmenge: 2500 ccm, spezifisches Gewicht 1010, Albumen: quantitativ mittels Esbach nicht nachzuweisen. Es finden sich im Sediment noch granulirte Cylinder, weisse Blutkörperchen und verfettete Nierenepithelien.

14. 9.: Der Leibesumfang beträgt 89 cm. Das Scrotum zeigt normale Form. Nachdem in den letzten Tagen kein Albumen mehr nachzuweisen war sind heute wieder Spuren nachweisbar.

19. 9.: Kein Eiweiss mehr im Urin. Allgemeinbefinden ist gut.

22. 9.: Die Urinmenge schwankt zwischen 1500 und 2000 ccm vom spezifischen Gewicht 1008—1015. Eiweiss findet sich nicht mehr, ebenso im Sediment keine Blut- und Nierenbestandteile mehr.

24. 9.: Kein Sediment, kein Albumen mehr. Die Ödeme sind geschwunden.

29. 9.: Der Primäraffect ist weicher geworden. Eiweiss ist nicht mehr aufgetreten.

3. 10.: Nach Wiederbeginn der Hydrargyrumbehandlung sind die nephritischen Symptome nicht mehr aufgetreten. Der Primäraffect ist vernarbt, keine Allgemeinerscheinungen sichtbar. Patient wünscht seine Entlassung und muss deshalb, ohne seine Kur beendet zu haben (Patient hat erst 30,0 gr. verrieben), entlassen werden.

In diesem Falle handelt es sich um einen bisher völlig gesunden Mann, der, ohne dass irgend eine andere Ursache nachzuweisen wäre, zugleich mit den Erscheinungen einer frischen Syphilis an einer acuten

Nephritis erkrankt, welche neben Eiweiss- und Cylindergehalt des Urins auch durch ziemlich starkes Hautödem und Ergüsse in die Bauch- und Brusthöhlen sich dokumentiert.

Die vorsichtig begonnene Schmierkur führte nicht wie gewöhnlich zu einer Verminderung, sondern zunächst zu einer Steigerung des Eiweissgehaltes und wurde deshalb für einige Zeit unterbrochen und durch Darreichung von Diureticis ersetzt.

Unter dieser Behandlung nahm dann der Albumengehalt ab, um unter weiterer Behandlung mit Hydrargyrum schliesslich völlig zu verschwinden.

Hier liegt also ein Fall vor, in dem das Quecksilber nicht so prompt wie gewöhnlich den Eiweissgehalt vermindert. Indessen sprechen das Auftreten der nephritischen Erscheinungen zugleich mit den Eruptionssymtomen der Syphilis, des Fehlens jeglichen anderen Grundes für die Nierenerkrankung und die schliessliche Heilung durch Hydrargyrum doch sehr zu Gunsten der Annahme, dass Lues die Ursache der Nierenentzündung ist.

Der Umstand, dass die Nephritis erst festgestellt wurde, nachdem der Patient bereits 3 Einreibungen erhalten hatte, kann nicht als Beweis dafür, dass Hydrargyrum die Ursache der Nierenschädigung gewesen, ins Feld geführt werden, da die ersten Symptome der Nephritis bereits vor dem Beginn der Kur aufgetreten sind, und da schliesslich bei Quecksilberbehandlung der Eiweissgehalt völlig schwand. Vielmehr ist es sogar wahrscheinlich, dass das anfänglich gegebene Quecksilber erst allmählich zur Wirkung gekommen und nach der vorübergehenden Verschlimmerung doch die Besserung bewirkt hat.

III. Fall.

N. F. Arbeiter, 45 Jahre alt.

Anamnese: Hereditär besteht nichts Belastendes. Als Kind ist Patient nicht krank gewesen. Vor 22 Jahren will er eine Lungenentzündung durchgemacht haben, im Anschluss daran will er an der linken Brustseite operiert sein (Empyem).

Ende Dezember 1901, etwa 3 Wochen nach dem letzten coitus bemerkte Patient an der Oberseite des Penis einen Pickel, den er sich aufkratzte. Es bildete sich ein kleines Geschwür, das nicht heilen wollte.

Ende Januar 1902 stellten sich Schmerzen im Kreuz ein, und Patient bemerkte, dass sein Urin, den er vorher stets reichlich und klar gelassen hatte, plötzlich spärlich und dunkler wurde. Allmählich schwollen darauf die Beine, der Leib und der Hodensack an. Am 3. Februar wurde er in die innere Klinik der Charité aufgenommen und von dort nach der Syphilisklinik am 7. Februar verlegt.

Patient gibt an, nicht getrunken zu haben, und glaubt nicht, dass er sich erkältet hat.

Status praesens: Mittelgrosser Mann in leidlich gutem Ernährungszustande und von blasser Gesichtsfarbe. Sichtbaren Schleimhäute gleichfalls ziemlich blass.

Am Halse sind zahlreiche Drüsen fühlbar, die rosenkranzartig angeordnete Ketten bilden. Die Achseldrüsen sind beiderseits haselnussgross, Nacken- und Unterkinndrüsen erbsengross geschwollen.

Sämtliche Drüsen sind hart und indolent. Inguinaldrüsen sind wegen starken Ödems nicht mit Sicherheit zu palpieren.

Auf der Körperhaut findet sich eine ausgedehnte ziemlich dicht stehende Roseola syphilitica, deren

einzelne Flecken linsen- bis fünfpfennigstückgross sind. Dazwischen zerstreut finden sich in mässiger Anzahl bis linsengrosse, wenig erhabene, braunrote Papeln, die zum Teil eine kleine Schuppe tragen. Auf der linken Schulter und an der rechten Bauchseite findet sich je eine zehnpfennigstückgrosse Papel mit dunkelbrauner Kruste. Auch in den Handflächen und auf den Fusssohlen finden sich kleine, derbe, wenig erhabene, braunrote Papeln.

Auf der Kopfhaut finden sich ebenfalls kleine krustöse Papeln.

Auf der Rachenschleimhaut sieht man ein scharf begrenztes Erythem des weichen Gaumen ohne wesentliche Schwellung und ohne Plaques.

Es besteht ziemlich starker Ascites. Der Umpfang des Leibes beträgt 99 cm. In den abhängigen Partien des Bauches besteht absolute Dämpfung des Percussionsschalles. Deutliche Fluctuation ist vorhanden.

Die Haut des Scrotum und des Penis ist sehr ödematös geschwollen, so dass das Scrotum Kindskopfgrösse erreicht.

Auf dem Dorsum penis findet sich ein zweimarkstückgrosses oberflächliches Ulcus mit leicht erhabenem Rande; der Grund ist mässig infiltrirt und zeigt ziemlich starke Secretion.

Die Beine sind gleichfalls ödematös geschwollen, namentlich das linke; die Konturen der Knie- und Knöchelgelenke sind verstrichen. Masse:

Knöchel	links 28 cm		rechts 26½ cm.	
Mitte der Waden . .	„ 41	„	„ 37½	„
unter der Patella . .	„ 36	„	„ 35	„
über „ „ . .	„ 41	„	„ 40	„
Mitte des Oberschenkels	„ 60	„	„ 58	„

Auch an Brust und Rücken besteht Öden der Haut.

Puls ist regelmässig, voll, 72. Plusspannung am Zeigefinger 130-150 mm.

Herzdämpfung ist nicht verbreitert, der 2. Aortenton accentuirt, 2. Mitralton klappend.

Bei der Atmung bleibt die linke Brusthälfte zurück. In der hinteren Axillarlinie eine ca. 5 cm lange, anscheinend Resections-Narbe.

Über beiden Unterlappen feuchtes Rasseln.

Urin: Menge 1050 spez. Gewicht 1022. Esbach 1,8 %-18,9 gr.

Im Sediment finden sich reichlich Cylindet, meist hyaline vielfach mit gekörnten Rundzellen und Epithelien besetzt. Mässig zahlreiche Nierenepithelien, oft stark gekörnt, einzelne Epithelcylinder, ziemlich zahlreiche Leucocythen, keine roten Blutkörperchen.

11. 2. Patient wurde die ersten Tage auf der inneren Klinik mit der gewöhnlichen Nephritistherapie behandelt und am 6. 2. nach der Klinik für Syphilis verlegt. Am 11. 2. beginnt Patient eine Inunctionskur von 2,5 gr. Ungt. cin. pro die. Ausserdem erhält er Milchdiät und Infusum Digitalis 1,0:150,0. Zählung der Blutkörperchen ergibt:

Erythrocythen 2 700 000

Leucocythen 3 760.

Über den Verlauf der Kur gibt nachstehende Übersicht Auskunft:

Datum	Urinmenge	Spez. Gew.	% Gehalt an Albumen	Menge
11. Februar	800	1018	1,6	12,8 gr.
12. „	1150	1014	1,5	17,2 „
13. „	1400	1014	0,6	8,4 „
14. „	2350	1012	0,6	14,4 „

Datum	Urinmenge	Spez. Gew.	% Gehalt an Albumen	Menge
15. Februar	2400	1013	0,5	10,0 gr.
16. „	1900	1009	0,2	3,8 „
17. „	1500	1012	0,6	9,0 „
18. „	1700	1009	0,5	8,5 „
19. „	2000	1008	0,5	10,0 „
20. „	3400	1007	0,1	3,4 „
21. „	3900	1008	0,6 ‰	2.3 „
22. „	3800	1011	0,7	2,6 „
23. „	3700	1007	0,6	2,2 „
24. „	5000	1005	0.8	4,0 „
25. „	4300	1010	0,7	3,1 „
26. „	2800	1008	0,9	2.7 „
27. „	2500	1012	0.6	1,5 „
28. „	3600	1010	1.0	3,6 „
1. März	2700	1013	1.0	6,2 „
2. „	2200	1016	2.3	15,4 „
3. „	1900	1013	7.0	2,85 „
4. „	2000	1014	1.5	1,5 „
5. „	2500	1012	0,75	5,0 „
6. „	2000	1015	2.0	2,0 „
7. „	2300	1009	1.0	1.2 „
8. „	2600	1007	0,5	1,3 „
9. „	2600	1009	0.5	1,8 „
10. „	2200	1008	0,7	1,1 „
11. „	2200	1005	0,5	0,7 „
12. „	2800	1007	0,3	0,85 „
13. „	3700	1006	0,3	0,95 „
14. „	3800	1007	0,25	1,1 „
15. „	3600	1006	0,3	1,05 „
16. „	2800	1007	0.3	0,7 „
17. „	3100	1006	0,25	0,8 „

Datum	Urinmenge	Spez. Gew.	% Gehalt an Albumen	Menge
18. März	3500	1013	0,25	0,9 gr.
19. „	2500	1007	0,25	0,75 „
20. „	2900	1006	0,3	0,6 „
21. „	2500	1013	0,4	0,6 „
22. „	2800	1008	0,25	1,0 „
23. „	2800	1011	0,3	0,7 „
24. „	3200	1008	0,25	0,8 „
25. „	2800	1007	0,2	0,9 „
26. „	3000	1009	0,25	0,6 „
27. „	2600	1009	0,2	0,75 „
28. „	2600	1012	0,2	0,5 „
29. „	2800	1010	0,2	0,5 „
30. „	3800	1017	0,15	0,5 „
1. April	2500	1012	0,1	0,25 „
2. „	3000	1010	0,1	0,3 „
3. „	3200	1012	0,1	0,3 „

Diese Übersicht enhält im wesentlichen auch die Krankengeschichte, ich beschränke mich deshalb nur auf einige Mitteilungen.

17. 2.: Das Exanthem ist fast ganz abgeblasst. Ödeme sind sehr hartnäckig. Maasse sind unverändert.

20. 2.: Die Ödeme gehen langsam zurück.

21. 2.: Befinden des Kranken wesentlich besser. Die Ödeme gehen zurück. Es werden von jetzt ab täglich 4,0 gr. Ungt. cin. verrieben.

24. 2.: Leibesumfang 86 cm. Scrotum ist fast normal.

26. 2.: Die Diät wird nicht mehr so streng gehalten. Patient erhält etwas gemischte Kost.

Leibesumfang 82 cm; keine Fluctuaction mehr nachweisbar.

28. 2.: Ödem der Beine fast ganz geschwunden. Es besteht noch geringes Ödem der Sakralgegend. Ascites ist nicht mehr nachweisbar. Die Schwellung des Scrotums und des Penis sind zurückgegangen. Der Primäraffect wird erst jetzt sichtbar. Die Leistendrüsen sind geschwollen und indolent.

1. 3.: Reichlich Fleisch und Gemüse.

2. 3.: Leichtes Fieber, 38 °. Albumen steigt plötzlich auf 7 ‰. Strenge Diät und Jodkali 10/200.

4. 3.: Eiweissgehalt bedeutend gesunken.

5. 3.: Albumen noch mehr vermindert. Nachmittag Fieber und Jodschnupfen. Jodkali wird ausgesetzt.

7. 3.: Alle Erscheinungen von Syphilis sind geschwunden. Ödeme bestehen nicht mehr.

14. 3.: Das Allgemeinbefinden ist dauernd gut. Der Eiweissgehalt ist ständig zurückgegangen.

21. 3.: Im Sediment findet man nur selten einen vereinzelten hyalinen Cylinder.

28. 3.: Eiweissgehalt ist trotz gemischter Kost ganz gering. Am Herzen nur klappender 2. Aortenton. sonst kein Befund.

3. 4.: Albumengehalt nach 0.1 ‰. Keine Cylinder mehr im Urinsediment.

4. 4.: Entlassung.

Auch in diesem Falle ist durch die Quecksilbertherapie ein überraschender Erfolg erzielt worden, nachdem die von der inneren Klinik eingeschlagene gewöhnliche Nephritistherapie erfolglos geblieben war. Allerdings ist während der kurzen Beobachtung in diesem Falle völlige Heilung, wie in den vorhergehenden Fällen nicht eingetreten.

Leider hat sich der Kranke der weiteren Beobachtung entzogen, so dass ich nicht in der Lage bin, zu sagen, ob eine chronische Albuminurie geringen Grades zurückgeblieben ist.

Wie ist nun überhaupt die Prognose der Nephritis syphilitica acuta? Nach Karvonen, dem wir wegen seiner gründlichen Kenntnis der einschlägigen Literatur die grösste Erfahrung zusprechen dürfen, ist die Prognose besser als bei jeder anderen acuten Nierenentzündung, und derselben Ansicht sind Descoust, Boukkeieff, Schwimmer, Hoffmann und Waldvogel. Aus Karvonens Kasuistik ging ein Fall in chronische Nephritis über, ein anderer schien chronisch werden zu wollen, heilte aber bei wiederholten merkuriellen Kuren auch. Drei Fälle endeten im ersten Jahre nach der Infection tötlich.

Nach diesen Erfahrungen scheint mir für meinen letzten Fall die Möglichkeit einer völligen Heilung sehr wohl gegeben zu sein, ist doch auch in dem einen von Karvonen angeführten Falle Wickhamms bei weiteren Kuren schliesslich gänzliche Heilung eingetreten.

Die 3 Fälle, welche ich hier aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten anführen konnte, zeigen im Verein mit dem aus derselben Klinik stammenden Fall Hoffmanns, dass die acute syphilitische Nephritis der Frühperiode nicht ganz so selten sein kann, als die Mehrzahl der Kliniker noch heute anzunehmen geneigt ist. Konnten doch diese 4 Fälle im Laufe von 3 Jahren an einem allerdings ziemlich grossen Krankenmaterial beobachtet werden. Die Erscheinungen dieser acuten Nephritis sind in den vorher citierten Arheiten, besonders in der Monographie Karvonens so ausführlich geschildert, dass zumal nach

den neueren Arbeiten Hoffmanns und Waldvogels ich den Angaben dieser Arbeiten kaum etwas Neues hinzufügen kann.

Trotzdem scheint es mir wichtig, auch jetzt noch Fälle dieser Erkrankung zu veröffentlichen, da sie immer noch als eine Rarität gilt und doch wert ist, in weiteren ärztlichen Kreisen Beachtung zu finden.

Ich kann hinzufügen, dass leichtere Albuminurien in der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten während der Eruptionsperiode nicht selten beobachtet worden sind, und glaube, dass die Kenntnis dieser Affektionen für den Arzt eine nicht zu unterschätzende Bedeutung hat. Erstens nämlich ergibt sich aus unseren Erfahrungen die Notwendigkeit, bei jedem Syphilitiker vor Beginn der Kur den Urin auf Eiweiss zu untersuchen, damit eine etwaige leichtere oder auch schwerere Nierenaffection, welche ja schleichend und ohne merkliche Ödeme entstehen kann, nicht übersehen wird. Zweitens aber erscheint es mir angesichts der vorliegenden Kasuistik notwendig, mit Nachdruck darauf hinzuweisen, dass bei acuten Nephritiden auch die Lues als mögliche Ursache erwogen werden muss, zumal bei jungen Menschen, bei denen eine andere Aetiologie sich nicht auffinden lässt; mitunter kann die Diagnose Syphilis recht erschwert werden dadurch, dass infolge starken Ödems der Primäraffect nicht deutlich erkennbar und die Drüsenschwellungen schwerer nachweisbar sind. Die Erkennung dieser acuten Nephritiden auf syphilitischer Basis ist aber für das Schicksal des Kranken von allergrösster Wichtigkeit, da bei Versäumung der spezifischen Behandlung mit Hydrargyrum der Zustand neue lebensgefährliche Verschlimmerung erfahren oder zu einer chronischen Erkrankung der Nieren führen kann, und

da andererseits bei richtiger Stellung der Diagnose die Therapie fast immer im Stande ist, den Kranken wieder völlig herzustellen.

Endlich wollte ich auch nicht unterlassen, durch die Anführung des Falles mit chronischer Nephritis darauf hinzuweisen, dass Syphilis ein schon bestehendes Nierenleiden verschlimmern kann, und dass auch dann durch eine antisyphilitische Kur eine Besserung herbeigeführt werden kann. Auch in solchem Falle ist eine vorsichtige Quecksilberbehandlung am Platze und sollte immer versucht werden, da mit der Heilung der syphilitischen Erscheinungen auch eine Besserung des Nierenleidens eintreten kann.

Herrn Professor Dr. Lesser bin ich für die gütige Überlassung des Materials zu ehrerbietigstem Danke verpflichtet.

Die Anregung zu der vorliegenden Arbeit verdanke ich Herrn Stabsarzt d. L. Dr. Hoffmann. Ich spreche ihm für das grosse Interesse, das er meiner Arbeit entgegengebracht hat und für die mir gewährte gütige Unterstützung meinen aufrichtigsten Dank aus.

Litteratur.

1. Senator: Erkrankung der Nieren. (Nothnagels spezielle Pathologie und Therapie. Bd. XIX. I. Teil. Wien 1896 und II. Auflage Wien 1902.
2. Karvonen: Die Nierensyphilis. Dermatologische Zeitschrift 1900 (enthält die gesamte frühere Litteratur).
3. Lesser: Geschlechtskrankheiten. Leipzig 1901.
4. Neumann: Syphilis. Wien 1899.
5. Justus: Kidney Changes in Syphilis. Journal of cutan and genit. urin dis. 1898. (Ref. Centralblatt für Krankheiten der Harn- und Sexualorgane. Bd. X.)
6. Welander: Klinische Studien über Nierenaffectionen. (Arch. für Dermatologie und Syphilis. Bd. 37. 1896.)
7. Hoffmann: Über Nephritis syphilitica acuta praecox. (Berl. klin. Wochenschrift 1902.)
8. Waldvogel: Über Nephritis syphilitica acuta. (Deutsche medizinische Wochenschrift 1902.)
9. Schlechtendahl: Über Nephritis syphilitica acuta. (Wiener klinische Wochenschrift 1903.)
10. Zamfirescu: Über acute syphilit. Nephritis Spitalus 1902. (Ref. Deutsche med. Wochenschrift 1902.)
11. Mühlig: Parmchymatöse Nephritis bei Syphilis. (Münchener med. Wochenschrift 1903.)
12. Descoust: Thèse Paris 1878.
13. Boukkeieff: Tèse Paris 1889.
14. Schwimmer: Nephritis syphilitica acuta. (Wiener med. Wochenschrift 1892.)

Thesen.

1. Als Hypnotikum für unruhige Geisteskranke empfiehlt sich die Anwendung protrahirter Bäder.

2. Die richtige Therapie für eine Nephritis syphilitica acuta ist eine vorsichtige Quecksilberkur.

3. Die besten Krankenpflegerinnen sind die einem Orden oder einer ähnlichen weltlichen Gemeinschaft angehörenden Schwestern.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Walther Haupt, evangelischer Konfession, wurde am 14. Februar 1879 zu Schlegelsburg, Kreis Soldin, Provinz Brandenburg, als Sohn des Gutsbesitzers und Hauptmanns a. D. Gustav Haupt geboren. Zuerst durch Privatunterricht, dann durch die Mittelschule zu Soldin vorbereitet, besuchte er von Michaelis 1891 an das Gymnasium zu Neu-Ruppin, das er Ostern 1898 mit dem Zeugnisse der Reife verliess. An der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen immatrikuliert, genügte er vom 1. April bis zum 30. September 1898 bei der 9. Kompagnie des 2. Garde-Regiments zu Fuss seiner Dienstpflicht mit der Waffe. Am Schlusse des Wintersemesters 1899/1900 bestand er die ärztliche Vorprüfung.

Am 1. Oktober 1902 wurde er zum Unterarzt im 6. Pommerschen Infanterie-Regiment No. 49 ernannt unter gleichzeitiger Kommandierung zum Königlichen Charité-Krankenhause.

Am 13. April 1904 bestand er die ärztliche Staatsprüfung und am 16. April 1904 das Colloquium rigorosum.

Während seiner Studienzeit besuchte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse der Herren: Bennecke, v. Bergmann, Bernhardt, Brieger, Engelmann, Engler, Ewald, Fischer, B. Fränkel, Frey, Fritsch, Gerhardt (†), Goldscheider, Gusserow, Hertwig, Heubner, Hiller, Jolly (†), Jürgens (†), Köhler, Fr. König, A. König (†), Köppen, Lesser, v. Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Rubner, Salkowski, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Stumpf, Strassmann, Thierfelder, Trautmann (†), H. Virchow, R. Virchow (†), Waldeyer, Warburg.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht Verfasser an dieser Stelle seinen ehrerbietigsten Dank aus.